FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1888 | **THÈSE** | N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 juin 1888, à 1 heure

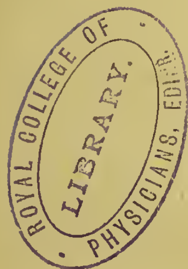
Par JULES DAURIAC

Né à Panassac (Gers), le 15 Février 1861

Externe des Hôpitaux

DU

CANCER PRIMITIF DE LA RÉGION CLITORIDIENNE



Président : M. RICHET, professeur.

Juges { MM. BROUARDEL, professeur.
PEYROT et HUTINEL, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, Rue Casimir-Delavigne, 2

1888

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen .... M. BROUARDEL.

Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO. DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	SEE (G.). POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	N...
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	PEYROT.	REYNIER.
BLANCHARD.	HANOT.	POIRIER, Chef des travaux anatomiques.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HANRIOT.	POUCHET.	ROBIN (Albert)
BRISSAUD.	HUTINEL.	QUENU.	SCHWARTZ.
BRUN.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	SEGOND.
BUDIN.	JOFFROY.	RAYMOND.	TROISIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RECLUS.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	REMY.	
DEJERINE.	MAYGRIER.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RICHET

Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Institut
Commandeur de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR HUMBERT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien de l'hôpital du Midi (année 1884)

M. LE DOCTEUR LE DENTU

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis (année 1885)

M. LE DOCTEUR BUCQUOY

Professsseur agrégé de la Faculté de médecine
Médecin de l'Hôtel-Dieu (année 1886)

M. LE PROFESSEUR GERMAIN SÉE

Professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur (année 1887)

DU

CANCER PRIMITIF DE LA RÉGION CLITORIDIENNE

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion de voir un cas d'épithélioma du clitoris dans le service de M. le professeur Richet, nous avons eu l'idée de diriger nos recherches sur ce point. Malgré la rareté de cette affection, nous avons pu en réunir vingt-quatre cas, qui seront l'objet de ce travail.

Le diagnostic du cancer clitoridien est loin d'être toujours facile ; des erreurs ont été faites dans quelques-unes de nos observations.

D'autre part, le traitement de cette affection a donné lieu à des discussions assez vives.

Ce sont ces deux points que nous essayerons surtout de mettre en lumière.

Avant d'entrer dans notre sujet, nous sommes heureux de pouvoir exprimer notre profonde reconnaissance à nos excellents amis, MM. les Drs Marfan et Secheyron, anciens internes des hôpitaux, pour les conseils si pré-

cieux qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer durant le cours de nos études médicales.

Nous prions Monsieur le Prof. Richet de recevoir nos sincères remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

Depuis la publication des travaux de Huguier, sur l'esthiomène, les différentes affections de la vulve ont été bien étudiées ; le lupus génital, l'éléphantiasis des grandes lèvres, les manifestations syphilitiques variées du conduit vulvo-vaginal, sont traitées avec détails dans presque tous les ouvrages de gynécologie.

De toutes ces affections, la moins connue, ou plutôt celle sur laquelle on a le moins écrit est sans contredit le cancer primitif de la vulve. La connaissance de cette affection est pourtant indispensable, car en présence d'une tumeur ulcéreuse de la vulve, on n'a guère à considérer que ces trois termes pathologiques : syphilis, cancer ou tuberculose.

Beaucoup de Traités de gynécologie passent complètement sous silence le cancer primitif de la vulve, ou s'ils en parlent, c'est pour signaler son extrême rareté. Certains auteurs en donnent cependant quelques observations.

Lebert, dans son Traité des maladies cancéreuses, donne la relation de quatre cas qu'il a pu observer, et trace un tableau succinct de la maladie.

Churchill, dans son Traité des Maladies des femmes,

cite trois observations de cancer primitif de la vulve, dues à Mac Clintock.

M. A. Guérin, dans son ouvrage sur les Maladies des organes génitaux externes de la femme, n'en cite qu'un cas observé en 1864 avec Velpeau.

Dans leur Traité pratique des Maladies de l'utérus et de ses annexes, Boivin et Dugès citent trois observations de cancer primitif de la vulve.

M. le Prof. Verneuil, dans ses Leçons cliniques sur les procédés d'exérèse non sanglante des tumeurs de la vulve, publiées en 1874, en rapporte quatre nouveaux exemples.

En 1875 parut un Mémoire de M. Rondot, interne des hôpitaux, sur le cancer primitif de la vulve et du vagin. En 1885, M. le D[r] Deschamps publia un travail sur quelques ulcérations rares et non vénériennes de la vulve et du vagin. Dans cette étude, l'auteur a surtout en vue la tuberculose, le cancroïde primitif et l'esthiomène de la région vulvaire.

Dans son Traité de pathologie externe, M. le Prof. Duplay cite le mémoire de Rondot et consacre quelques lignes à la description du cancer primitif de la vulve.

Enfin, tout récemment, au mois de janvier 1888, a paru la thèse de doctorat de Lahaye, publiée sous l'inspiration de M. le Prof. Richet, et ayant pour objet : le cancer primitif du vestibule de la vulve.

ÉTIOLOGIE

Toutes les causes banales du cancer en général peuvent être invoquées à propos de l'épithélioma du clitoris. D'après ce qui ressort de nos observations, cette affection apparaît surtout après la ménopause de 40 à 60 ans. On peut pourtant l'observer après cet âge. Dans une observation publiée par M. le Dr Polaillon, la malade avait 70 ans, et dans l'observation qui nous a été communiquée par M. le Dr Secheyron, la malade avait 76 ans.

L'enfance elle-même ne semble pas être à l'abri de cette affection. Nous relatons plus loin le cas d'une petite fille de 5 ans qui fut opérée par M. le Dr de Saint-Germain pour un sarcome de la région clitoridienne.

Les grossesses antérieures, les traumatismes paraissent être des causes prédisposantes au cancer clitoridien. Les attouchements répétés du clitoris ont pu quelquefois amener un cancer de cet organe. Boivin et Dugès en ont publié un exemple très net.

Hutchinson croit que les régions anciennement affectées de syphilis ont une tendance spéciale à devenir le siège de tumeurs malignes, et d'après lui, « les ulcérations syphilitiques avec inflammation et hypertrophie peuvent dégénérer en cancer d'une façon si imperceptible et si graduelle qu'il est impossible de dire quand l'une finit et

quand l'autre commence ». Il est probable que les lésions syphilitiques agissent en créant un *locus minoris resistentiæ* qui constitue un point d'appel pour le cancer chez des sujets d'ailleurs prédisposés. Le prurit vulvaire a été aussi mis en cause peut-être à cause des attouchements répétés de la région auxquels il donne lieu.

Dans d'autres cas, le point de départ de l'affection paraît être un psoriasis de la muqueuse vulvaire analogue au psoriasis buccal décrit par M. le Dr Debove.

Les écoulements vaginaux source d'une irritation permanente, la station assise longtemps prolongée ont été également signalés par certains auteurs comme prédisposant au cancer du clitoris. Enfin on peut dire que cette affection se rencontre chez des femmes appartenant à toutes les classes de la société, tandis que l'esthiomène de la vulve serait d'après Bernutz le triste apanage du vice et de la misère.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

De toutes les variétés de tumeurs malignes que l'on peut observer dans la région clitoridienne, la plus commune est l'épithélioma. On peut aussi rencontrer, mais plus rarement le carcinome encéphaloïde, le carcinome mélanique, le squirrhe et le sarcome.

Dans la très grande majorité de nos observations, il s'agissait d'épithélioma. Nous n'avons trouvé qu'un cas d'encéphaloïde, un cas de squirrhe et deux cas de sarcome.

Dans le cas d'épithélioma publié par M. Foubert, l'examen histologique fut fait d'une façon complète par M. le Dr Hutinel. En voici le compte rendu :

Des fragments de la tumeur furent durcis dans la gomme et dans l'alcool. Sur des coupes perpendiculaires au plan de l'ulcération, on trouve la préparation remplie de prolongements épithéliaux, en doigt de gant, en massue, en cylindres, anastomosés parfois les uns avec les autres, séparés par un tissu conjonctif très vascularisé, et présentant de distance en distance des proliférations embryonnaires.

Chacun des cylindres épithéliaux est formé de cellules volumineuses, crénelées. Ces cellules sont identiques à celles du corps de Malpighi, mais elles ne sont pas dis-

posées d'une façon aussi régulière. Des cellules allongées, accolées l'une à l'autre se voient à côté de globes épidermiques à centre jaunâtre. En d'autres endroits, toute apparence cellulaire a presque disparu pour faire place à une matière jaunâtre, d'aspect colloïde, sur laquelle tranchent par places des noyaux jaunâtres, qui sont évidemment la trace des noyaux des cellules.

Au voisinage, le tissu conjonctif est infiltré de cellules embryonnaires, disposées dans l'intervalle des fibres conjonctives et au pourtour des vaisseaux. En plusieurs points, la transition entre l'élément épithélial et l'élément embryonnaire se fait par degrés tellement insensibles, qu'il semble que l'on peut observer la transformation. Certains vaisseaux semblent creusés en plein épithélium ; d'autres sont remplis de matière colloïde. Les travées épithéliales se prolongent dans les parties les plus profondes du tissu.

Boivin et Dugès dans leur Traité pratique des maladies de l'utérus, citent un cas de carcinome encéphaloïde et un cas de squirrhe du clitoris dont nous rapportons plus loin l'observation. Dans le cas de Demarquay, il s'agissait d'un cancer mélanique dont l'examen histologique fut pratiqué par M. Bouchard. Nous citons également deux cas de sarcome clitoridien.

Dans le premier cas qui fut observé par M. de Saint-Germain, l'examen histologique de la tumeur fit constater les particularités suivantes : En quelques points, le revêtement normal de la muqueuse était conservé. La couche sous-jacente de l'épithélium était constitué par de petits éléments ronds ayant un noyau très volumi-

neux. On distinguait entre eux un grand nombre de vaisseaux capillaires. Ces éléments étaient très serrés les uns contre les autres. En certains points, ils avaient un aspect fusiforme ou étoilé et étaient séparés par une masse abondante de matière amorphe et granuleuse.

Dans le second cas observé par M. le Dr Terrillon, l'examen histologique de la tumeur fut fait par MM. Cornil et Babinski. Sur des coupes durcies par l'alcool et colorées par le picro-carmin ou l'hématoxyline, on voyait que l'épiderme était notablement altéré au niveau de la partie moyenne de la tumeur. Il était difficile de distinguer l'épiderme du derme; on trouvait entre les cellules épidermiques un grand nombre de cellules remplies de pigment avec prolongements multiples.

Les cellules profondes du stratum de Malpighi contiennent du pigment, les papilles sont remplies de cellules plus ou moins volumineuses, arrondies ou de formes irrégulières et très pigmentées.

Si de l'épiderme, on passait à l'examen des parties centrales de la pièce, on voyait la tumeur s'enfoncer profondément dans le derme. Elle était constituée principalement par des cellules pour la plupart arrondies, de volume variable, dont les unes, assez rares, avaient 30 à 40 μ de diamètre, et dont la généralité présentait de 10 à à 15 μ.

Ces cellules étaient accolées les unes aux autres, et tassés en formant soit des nodules, soit des noyaux plus ou moins réguliers séparés les uns des autres par du tissu conjonctif qui contient des vaisseaux assez nombreux et dilatés.

La plupart des cellules de la tumeur contenaient des granulations de pigment dans leur intérieur.

Il s'agissait donc dans ce cas d'un sarcome mélanique.

SYMPTOMES

Le cancer du clitoris débute généralement d'une façon lente et insidieuse. Pendant un certain temps dont la durée est variable, la tumeur se développe sourdement, ne se révèle par aucun signe appréciable et reste le plus souvent ignorée de la malade et du médecin. C'est la période en quelque sorte latente de l'affection.

Plus tard, la malade se plaint d'une sensation de cuisson, de brûlure à la vulve surtout après une longue marche, ou une station assise prolongée.

Dans d'autres cas, un prurit vulvaire incommode et persistant est le premier signe qui éveille l'attention de la malade sur l'existence de son affection.

Ce prurit peut même quelquefois être très violent et devenir le point de départ d'excitations genésiques qui poussent la malade à la masturbation. (Obs. Boivin et Dugès).

Ce prurit vulvaire peut également s'accompagner de l'écoulement d'un liquide séro-sanguinolent d'odeur fétide.

Incommodée par tous ces symptômes désagréables la malade se décide à aller consulter un médecin, généralement plusieurs mois après le début du néoplasme.

Si à ce moment, on pratique l'examen de la région vulvaire, on trouve soit une tumeur, soit une ulcération.

Dans le premier cas qui est de beaucoup le plus fréquent, on a affaire à la forme globuleuse ou nodulaire de l'épithélioma. La tumeur varie alors du volume d'une noisette, à celui d'un gros œuf de poule.

Elle est généralement d'une couleur rougeâtre et est formée par une série de lobes agglomérés et serrés constituant une sorte de chou-fleur.

Ces bourgeons sont quelquefois recouverts d'une pellicule fragile dont la déchirure est suivie d'un léger saignement.

Dans d'autres cas, la tumeur est rougeâtre, grenue, irrégulière, anfractueuse, et recouverte de points jaunâtres. Sa surface est généralement baignée par un liquide sanieux, puriforme qui répand une odeur fétide. Cette tumeur peut quelquefois donner lieu à de légères hémorrhagies ; mais celles-ci sont trop peu abondantes pour créer des dangers sérieux pour la malade.

La consistance de la tumeur est variable, elle est assez souvent ferme.

D'abord limité au clitoris, l'épithélioma tend à envahir peu à peu les parties voisines : petites lèvres, capuchon, grandes lèvres, vagin, etc.

Au moment où le médecin voit la malade pour la première fois, la tumeur occupe souvent à la fois, le clitoris et une des petites lèvres, de sorte que l'on peut hésiter sur le point de départ de l'affection.

L'hésitation est d'autant plus permise que la malade se trompe elle-même sur le siège primitif du cancer, et trompe le médecin.

Dans l'observation publiée par M. le Prof. Richet,

la malade racontait que la tumeur avait débuté par la grande lèvre. Malgré cela, M. Richet après un examen minutieux arriva à conclure que l'épithélioma avait débuté par le clitoris.

Ce point de départ est d'autant plus acceptable, disait-il, que le clitoris correspond chez l'homme aux corps caverneux, lesquels sont assez souvent le siège du cancer.

Dans la forme ulcéreuse de l'épithélioma, on constate une ulcération irrégulière reposant sur une base indurée et surélevée au-dessus des parties voisines. Cette ulcération peut avoir les dimensions d'une pièce de cinquante centimes ou d'une pièce de cinq francs. Sa surface est tantôt recouverte de bourgeons charnus, exubérants, saignant au moindre contact; tantôt l'ulcère se creuse profondément, devient anfractueux, et offre une coloration rougeâtre. Les bords de l'ulcération sont durs, saillants, rugueux, inégaux et parsemés de bourgeons exubérants. Ces bords taillés à pic sont humides et rosés du côté de la plaie, et recouverts de croûtes à la périphérie. On y trouve aussi souvent des écailles épidermiques analogues à celles qui marquent le début de la plupart des cancroïdes. Le pourtour de l'ulcération est quelquefois recouvert de plaques de psoriasis.

Parfois aussi la peau est fissurée, comme gaufrée, ou bien elle est épaissie, dure, rougeâtre et semble soulevée par un prolongement sous-cutané de la tumeur. La lèvre sur laquelle repose l'ulcération est indurée, tuméfiée et peut atteindre le double ou le triple du volume normal.

Enfin lorsque le néoplasme a pris un développement assez considérable, les follicules pileux peuvent être at-

teints dans leur vitalité, et la vulve peut être complètement glabre. M. le Prof. Cornil en a présenté un cas très net à la Société anatomique en 1874.

Ces deux formes d'épithélioma, nodulaire ou ulcéreuse s'accompagnent tôt ou tard d'adénite inguinale. A côté de l'épithélioma qui est la tumeur du clitoris de beaucoup la plus commune, il y a place pour d'autres variétés de néoplasme plus rares à la vérité, mais qui méritent cependant d'être signalées.

Dans un cas observé par Demarquay en 1868, chez une malade âgée de 72 ans, il s'agissait de carcinome mélanique.

La tumeur qui, au début, avait la grosseur d'un pois, était noirâtre, parfaitement indolente et resta longtemps à l'état stationnaire. Puis elle prit tout à coup un accroissement rapide, et finit par obturer presque complètement l'orifice vulvaire. En même temps elle s'ulcéra en plusieurs endroits à la fois et donna lieu à l'écoulement d'un liquide filant, blanc au début, jaune à la fin, et formant sur le linge des taches jaunâtres et comme marbrées. Le clitoris devint le siège d'un léger suintement séro-sanguinolent, et de douleurs lancinantes extrêmement vives.

La malade fut opérée par Demarquay, et l'examen microscopique de la tumeur pratiqué par M. Bouchard, démontra que l'on avait affaire à un carcinome mélanique.

Le sarcome soit pur, soit mélanique, peut encore s'observer à la région clitoridienne. Dans un cas observé par M. le D[r] de Saint-Germain que nous reproduisons

plus loin, il s'agissait d'un sarcome développé chez une petite malade de 5 ans.

La tumeur formait une masse molle appendue au clitoris et écartant les grandes lèvres. Par sa partie supérieure, elle se continuait directement avec la peau qui forme le capuchon du clitoris, et à sa partie inférieure elle présentait des mamelons séparés par des sillons assez profonds.

La peau n'offrait nulle part de traces de pigmentation.

Il n'y avait pas d'hypertrophie des ganglions inguinaux. Les caractères de la tumeur avaient fait croire à une hypertrophie simple du clitoris et de son capuchon.

L'ablation fut faite, et l'examen microscopique démontra que l'on avait affaire à un sarcome.

Dans la suite, la tumeur récidiva à plusieurs reprises, malgré trois opérations successives, et la petite malade succomba à la généralisation du néoplasme.

Le sarcome mélanique peut encore s'observer à la région clitoridienne. M. le D[r] Terrillon en a publié un cas très net dont on retrouvera plus loin l'observation.

Il s'agissait d'une malade de 62 ans qui portait à la région clitoridienne une tumeur du volume d'une grosse noisette, dure, régulière, sans bosselures ni crevasses, et absolument noire. Tout autour du néoplasme, la muqueuse de la vulve était également noire, pigmentée d'une façon uniforme, sauf dans quelques points restés sains. Cette coloration noirâtre avait envahi toute la muqueuse vaginale et jusqu'à la muqueuse du col utérin. Les ganglions n'étaient nullement hypertrophiés.

La tumeur fut enlevée dans sa totalité par M. le D[r] Ter-

rillon, et la plaie opératoire se cicatrisa rapidement. Mais quatre à cinq mois plus tard, plusieurs petites tumeurs noirâtres apparurent sur la petite lèvre du côté droit. On constatait en même temps dans la région inguinale correspondante une masse ganglionnaire volumineuse comme le poing, bosselée et adhérente aux parties profondes.

Dans l'aine gauche, on sentait quelques petits ganglions indurés, encore indépendants les uns des autres.

On trouvait également un ganglion dans le creux sus-claviculaire du côté droit.

Dans la région du dos existait une tumeur noirâtre du volume d'une noix qui avait son siège dans l'épaisseur de la peau. La malade succomba bientôt aux progrès du mal.

A l'autopsie, on trouva outre les lésions déjà décrites, le foie et la rate remplis de petits noyaux de couleur noirâtre ; les ganglions inguinaux et iliaques, ainsi que les ganglions abdominaux et thoraciques étaient envahis par une substance noire, réduite en bouillie.

L'examen histologique de ces tumeurs pratiqué à deux reprises par M. Babinski, et par M. le Prof. Cornil, démontra que l'on avait affaire à un sarcome mélanique.

Il s'agissait donc là d'un cas de sarcomatose généralisée ayant débuté par la région clitoridienne.

Cette observation est à rapprocher du cas cité dans la thèse de doctorat de M. Perrin, où le début de la sarcomatose eut lieu au niveau de la muqueuse du gland. Cette localisation du néoplasme ne doit pas nous surprendre puisque nous savons que la muqueuse du gland

est analogue par ses caractères histologiques à la muqueuse du clitoris.

Dans une autre forme d'épithélioma clitoridien intéressante à signaler, la tumeur est précédée et accompagnée de plaques de psoriasis vulvaire, analogues au psoriasis buccal, décrit par M. le Dr Debove.

Cette varété de néoplasme a été très nettement constatée chez une malade de M. le Dr Péan dont l'observation a été publiée dans la *France médicale* de 1882.

Cette malade portait une ulcération de nature épithéliomateuse grande comme une pièce de deux francs, et qui s'étendait du clitoris à la partie interne de la grande lèvre droite. La base de l'ulcère était indurée, et cette induration s'étendait au loin, rayonnant d'une façon assez irrégulière. Autour de l'ulcération des plaques blanchâtres, fendillées, présentant cet aspect gaufré caractéristique, s'étendaient à trois ou quatre centimètres et recouvraient la muqueuse sur tous les points où l'on sentait l'induration.

La malade déclara très nettement que ces plaques blanchâtres, d'ailleurs indolentes, avaient précédé d'au moins deux ans, l'apparition de l'ulcère.

Les ganglions inguinaux étaient absolument sains. Cette leucoplasie vulvaire qui peut ainsi précéder et accompagner l'épithélioma du clitoris, crée une analogie intéressante entre l'épithélioma de la région clitoridienne et le cancroïde buccal.

Ce point de ressemblance entre les deux affections n'est du reste pas seul. Elles ont encore toutes deux pour caractère commun, la tendance à la récidive après l'opération.

Les néoplasmes de la région clitoridienne donnent lieu à un certain nombre de troubles fonctionnels qui sont communs à toute les variétés. Tant que l'épithélioma reste limité au clitoris, la malade se plaint de sensations de cuisson, de brûlure qui sont d'autant plus vives que la surface ulcérée est souillée par les écoulements vaginaux et par l'urine. Tous ces phénomènes douloureux sont exaspérés par la marche.

La tumeur peut également être le siège d'un prurit vulvaire extrêmement intense, et de douleurs vives, lancinantes, qui s'irradient jusque dans les aines.

Le liquide irritant et fétide qui suinte de la tumeur enflamme de proche en proche la muqueuse vaginale, et détermine quelquefois de la vaginite, comme dans le cas observé par M. le Prof. Richet.

A mesure que l'épithélioma progresse et envahit les parties voisines, les troubles fonctionnels sont plus marqués. Si la tumeur se propage du côté du méat urinaire, la miction devient difficile et douloureuse.

La malade peut éprouver à ce moment une sensation de brûlure, et elle redoute le moment où il lui faut uriner. Si le canal de l'urèthre est envahi par le néoplasme, la dysurie augmente, et il peut même y avoir de la rétention d'urine. La marche devient de plus en plus pénible à cause des frottements douloureux qu'elle détermine.

En dehors de la répugnance naturelle qu'inspire la malade, la tumeur offre un obstacle matériel aux fonctions de la génération. Les rapports sexuels deviennent douloureux et quelquefois même impossibles à cause des

contractions spasmodiques du constricteur du vagin.

L'envahissement ganglionnaire se fait assez tardivement dans l'épithélioma du clitoris. Il s'écoule en général plusieurs mois avant que les ganglions de l'aine soient modifiés par le néoplasme. C'est là une condition très favorable pour le traitement.

MARCHE — DURÉE — TERMINAISONS COMPLICATIONS

La marche de l'épithélioma du clitoris est en général lente, et sa durée peut être considérable. Comme nous l'avons vu plus haut, ses débuts sont lents, insidieux, et le néoplasme peut exister pendant plusieurs mois sans éveiller l'attention de la malade.

Après cette première période latente de l'affection, survient une série de troubles fonctionnels très incommodes pour la malade. Tels sont : une sensation de cuisson ou de brûlure à la vulve, un prurit quelquefois très intense, une certaine gêne dans la marche, etc. A ce moment, si la malade se décide à consulter un médecin, la tumeur offre un certain nombre de caractères objectifs qui la font généralement reconnaître. Lorsque le néoplasme est enlevé, la guérison définitive peut survenir. Mais les récidives sont fréquentes, et se font quelquefois avec une rapidité surprenante.

Si l'épithélioma est abandonné à lui-même, la guérison spontanée quoique exceptionnelle n'est pas impossible. Voici ce que dit à cet égard M. le Prof. Cornil : « Il est certain que l'épithélioma tubulé peut être assez superficiel pour guérir en laissant une cicatrisation complète sur une portion considérable de la peau. La partie ulcérée elle-

même donne une preuve de la possibilité de la cicatrisation, car le centre de l'ulcération ne diffère pas d'une plaie de bonne nature, et l'inflammation après la destruction et l'élimination des masses épithéliales ne s'étend pas au delà du derme. »

Mais cette terminaison est tout à fait exceptionnelle. Le plus souvent, l'épithélioma abandonné à lui-même progresse, et envahit de proche en proche les tissus voisins. C'est de préférence du côté de la muqueuse du vagin que se fait la propagation. Le méat urinaire, le col de la vessie peuvent être envahis successivement. Il en résulte quelquefois des perforations suivies de fistules vésico ou uréthro-vaginales. Dans le premier cas, l'urine s'écoule constamment par le vagin ; dans le second cas, l'écoulement est intermittent et n'a lieu qu'au moment de la miction. Ces complications sont heureusement rares. L'épithélioma peut encore se propager au col de l'utérus, et au corps de l'utérus lui-même. En même temps, les ganglions inguinaux et les ganglions lombaires subissent la dégénérescence secondaire.

Comme complication rare, nous citerons encore la propagation de l'épithélioma au rectum qui se révèle par une suractivité des sécrétions intestinales, une abondante diarrhée et quelquefois du ténesme rectal. Dans quelques cas plus rares encore, le cancer au lieu de gagner les surfaces muqueuses, s'étend en dehors vers la peau du pubis ou du périnée.

Dans un cas publié par Mac Clintock, le cancer avait envahi toute la région génitale externe, le pubis, la région inguinale, le périnée et le pourtour de l'anus.

Chez une malade observée par M. le Prof. Cornil, l'épithélioma avait également envahi les grandes lèvres la peau du pubis et la région inguinale.

Si l'on a affaire au sarcome mélanique, on pourra même voir la généralisation se faire aux viscères, et aux autres parties du corps. Dans l'observation de M. le Dr Terrillon que nous rapportons plus loin, il s'agissait d'un sarcome mélanique qui se généralisa aux ganglions abdominaux, thoraciques, au foie, à la rate et jusque dans la région dorsale.

A ces troubles locaux viennent tôt ou tard s'ajouter les troubles généraux qui forment le cortège inséparable de la diathèse cancéreuse. La malade pâlit, maigrit perd ses forces. Elle est prise de dégoût pour les aliments, elle a des vomissements et de la diarrhée. Ensuite surviennent des œdèmes, un amaigrissement extrême, la teinte jaune paille caractéristique, et la malade s'éteint dans une cachexie profonde.

DIAGNOSTIC

Quand on observera, chez une malade déjà vieille, une tumeur du clitoris recouverte de bourgeons saignant au moindre contact et laissant s'écouler un liquide sanieux d'odeur fétide, le diagnostic d'épithélioma sera facile. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans certains cas, le diagnostic de cette affection peut présenter des difficultés réelles et donner lieu à des erreurs. Dans une de nos observations, le cancer fut pris pour un chancre induré, et la malade fut soumise au traitement antisyphilitique. Il importe donc d'indiquer les moyens de distinguer l'épithélioma du clitoris des diverses affections qui pourraient le simuler.

Au début, quand la tumeur ne donne encore lieu qu'à de légers troubles fonctionnels, la malade consulte rarement le médecin, et on n'a pas souvent l'occasion de faire le diagnostic. Cependant si on se trouve en présence d'une malade âgée accusant des démangeaisons et un prurit vulvaire exaspéré par la marche, si de plus cette malade est issue de souche cancéreuse, on devra toujours penser à la possibilité d'un cancer du clitoris au début, et examiner avec soin les parties génitales. On pourra surprendre ainsi une tumeur en voie de formation ou constater l'existence de ces plaques de psoriasis

vulvaire qui sont quelquefois le prélude de l'épithélioma.

Plus tard quand l'épithélioma se présente sous la forme d'une tumeur ulcérée ou non, le diagnostic est encore entouré de difficultés.

Nous allons donc passer en revue les diverses affections avec lesquelles pourrait être confondu le cancer de la région clitoridienne. Nous citerons seulement pour mémoire toute la série des tumeurs bénignes, papillomes, fibromes, tumeurs érectiles, kystes des glandes du méat, polypes muqueux, furoncles, végétations, car nous ne croyons pas l'erreur possible.

Nous insisterons plus particulièrement sur l'hypertrophie du clitoris, le chancre induré, le chancre mou, l'éléphantiasis et l'esthiomène de la vulve.

L'hypertrophie du clitoris se reconnaîtra à sa forme plus régulière, à sa consistance plus ferme, à l'absence de ces bourgeons friables saignant au moindre contact et laissant suinter un liquide sanieux et fétide. De plus dans ce cas, les ganglions inguinaux sont sains.

Le diagnostic du cancer et du chancre induré sera plus difficile, et dans une de nos observations l'erreur a été faite. Dans les deux cas, on pourra observer une petite ulcération circulaire reposant sur une base peu élevée, dure et indolore. Mais le cancer a une marche plus lente et il a été le plus souvent précédé de démangeaisons et d'un prurit intense qui ont attiré l'attention de la malade. L'ulcération cancéreuse plus déchiquetée, plus irrégulière, et le plus souvent recouverte d'un liquide sanieux donne lieu moins rapidement que le chancre à l'hypertrophie ganglionnaire.

Le chancre offre une surface plus régulière, plus lisse, plus sèche et s'accompagne dès le début de la pléiade ganglionnaire. De plus il ne tarde pas à être suivi de l'explosion des accidents secondaires qui lèvent les derniers doutes.

Les ulcérations tertiaires de la syphilis pourront encore en imposer pour un cancer. Dans les deux cas, les lésions pourront revêtir le même aspect terne, blafard, chez une vieille malade cachectique. On aura pour dépister la syphilis la connaissance des commémoratifs, le peu d'induration du fond et des bords de l'ulcération, l'absence d'hémorrhagies, les réparations spontanées sur certains points et la présence de manifestations syphilitiques sur d'autres parties du corps. Si malgré tout, on conserve encore des doutes, il faudra recourir au traitement spécifique qui donnera une amélioration rapide dans le cas de syphilis.

On pourra encore hésiter entre le cancer et le chancre mou qui chez certains sujets lymphatiques revêt la forme phagédénique. Mais l'ulcération cancéreuse repose sur une base indurée, ce qui n'a pas lieu pour le chancre mou. La marche du chancre mou est plus rapide; l'apparition de l'adénite inguinale et du bubon sont bien plus précoces que dans le cancer. Enfin comme le dit si bien M. Ricord, le chancre mou vit en famille, entouré de ses rejetons, caractère que l'on ne retrouve pas dans le cancer.

Tous ces signes, sont, croyons-nous, suffisants pour permettre d'établir le diagnostic. Cependant, si malgré tout, il existait encore des doutes, l'inoculation suivie de résultats positifs pour le chancre, négatifs pour le

cancer, constituerait un élément de diagnostic assuré.

On pourra également confondre le cancer avec cette affection de la vulve que Huguier a décrite le premier sous le nom d'esthiomène et qui n'est autre que le lupus vulvaire. Mais l'esthiomène offre une marche beaucoup plus lente, et les tissus ulcérés ont une tendance continuelle à la réparation. Le cancer marche plus rapidement, envahit les tissus, les détruit, sans jamais donner lieu à la cicatrisation.

On doit aussi se souvenir que l'esthiomène est une manifestation de la scrofule, et par conséquent, on devra faire une enquête minutieuse sur les antécédents de la malade, et la soumettre à un examen attentif. On pourra ainsi découvrir la trace d'accidents scrofuleux anciens, ou constater l'existence d'une adénopathie, d'une de ces affections chroniques des yeux, du nez, ou des oreilles qui sont si fréquentes chez les strumeux. On pourra même rencontrer un lupus de la face, chez une malade atteinte d'esthiomène de la vulve.

MM. Guérin et Bernutz ont beaucoup insisté sur la fréquence de cette coïncidence.

L'âge de la malade ne peut évidemment constituer qu'un signe de probabilité. Cependant, il est bon de faire observer que le cancer est une maladie de la vieillesse, tandis que l'esthiomène est une maladie de l'âge adulte.

Dans la forme d'esthiomène connue sous le nom d'hypertrophique ou éléphantiasique, on trouve des productions végétantes développées aux dépens, soit de la peau, soit d'une ulcération scrofuleuse primitive. Dans ce cas,

la marche très lente de l'affection, et la connaissance des accidents scrofuleux présentés par le malade éclaireront suffisamment le clinicien.

Le diagnostic entre une ulcération tuberculeuse et une ulcération cancéreuse pourra encore quelquefois présenter certaines difficultés. L'ulcération tuberculeuse se reconnaîtra à son fond granuleux, d'un gris rosé, recouvert par places de pus jaunâtre. De plus, on pourra observer au pourtour de l'ulcération ce semis de points jaunâtres signalé par M. le Prof. Trélat qui est caractéristique de l'ulcération tuberculeuse. On ne devra pas négliger de faire un examen minutieux de l'état général de la malade. On pourra ainsi découvrir des signes de tuberculose du poumon, ou d'un autre organe qui seront un élément de diagnostic important.

L'éléphantiasis au début pourra encore être confondu avec le cancer. Mais il s'en distinguera bientôt par son accroissement rapide, et son volume qui prend dans certains cas des proportions énormes. Au surplus, c'est là une affection des pays chauds qui est très rare en Europe. Le cancer une fois reconnu, on devra essayer d'en reconnaître la variété. Le carcinome se distinguera de l'épithélioma par sa marche plus rapide, sa tendance plus marquée à détruire les tissus, et des hémorrhagies plus abondantes. Dans ce cas encore, l'envahissement ganglionnaire sera plus rapide, et la cachexie cancéreuse plus précoce.

Le sarcome se reconnaîtra surtout à la lenteur de l'envahissement ganglionnaire, et au peu de retentissement sur l'état général.

Par un examen attentif, on devra encore se rendre compte de l'étendue et des rapports de la tumeur, de l'état des ganglions inguinaux et enfin de l'état général de la malade.

PRONOSTIC

Le cancer de la région clitoridienne est une affection toujours sérieuse. L'ablation précoce de la tumeur peut sans aucun doute amener une guérison définitive. Mais dans le plus grand nombre des cas le cancer ne tarde pas à récidiver. Les ganglions de l'aine sont envahis, et la généralisation peut se faire amenant la cachexie et la mort.

TRAITEMENT

Quand le chirurgien se trouve en présence d'un cancer de la région clitoridienne, il ne doit pas perdre le temps à faire un traitement médical qui n'aura d'autre résultat que de permettre à la tumeur de progresser. Le seul traitement rationnel consiste dans la destruction ou l'ablation du néoplasme. Cette ablation doit être aussi précoce et aussi largement faite que possible. A ce prix, il sera permis d'espérer une guérison durable. Mais même dans ce cas, il faut bien se rappeler qu'on n'est jamais à l'abri de la récidive et de la généralisation. Celles-ci sont même tellement fréquentes que certains chirurgiens ont été jusqu'à dire que le cancer du clitoris était un véritable *noli me tangere*.

C'est l'opinion qui fut exprimée par M. le Dr Hirigoyen, dans une discussion qui eut lieu à ce sujet en 1882, à la Société de chirurgie de Bordeaux.

Nous n'acceptons pas cette manière de voir, et nous pensons que, malgré la fréquence des récidives, on devra opérer toutes les fois qu'on le pourra une tumeur qui, abandonnée à elle-même, conduit fatalement à la mort.

Cela étant admis, voyons les divers moyens qui sont à la disposition du chirurgien.

Les caustiques ont été proposés et employés pour dé-

truire le cancer. Dans l'observation publiée par Churchill que nous reproduisons plus loin, nous voyons que le cancer fut traité par des applications de chlorure de zinc. Ce caustique produisit une large eschare qui finit par se détacher. Churchill déclare lui-même que la malade souffrit beaucoup de ces applications, et n'en retira aucun bénéfice.

Nous croyons, par conséquent, que ce moyen est à rejeter. On a encore eu recours soit au bistouri, soit à l'écraseur linéaire.

Dans une observation publiée par M. le Dr Sorbets, l'opération qui fut faite au bistouri, fut suivie d'une hémorrhagie secondaire assez abondante. Sans vouloir absolument incriminer le bistouri, nous ne pouvons nous empêcher de signaler la coïncidence.

L'écraseur linéaire fut employé chez la malade opérée par M. le Dr Huber, dont nous reproduisons plus loin l'observation. L'auteur dit lui-même que lorsque l'écraseur linéaire fut au bout de sa course, il restait encore un pont de muqueuse à sectionner. On eut recours au thermocautère pour achever l'ablation de la tumeur.

Le thermocautère a été employé par plusieurs chirurgiens et en particulier par M. le Prof. Richet pour l'ablation du cancer du clitoris. Cet instrument nous paraît, dans le cas particulier, préférable à tous ceux que nous avons cités jusqu'ici. Il faut se souvenir en effet que la région du clitoris est une région très vasculaire, et que les malades porteuses d'un cancer clitoridien sont le plus souvent des femmes vieilles et débilitées chez lesquelles la plus petite perte de sang peut être dangereuse.

Pour ces raisons, le thermocautère qui permet d'opérer sans hémorrhagie, nous paraît être l'instrument de choix.

Justement préoccupé d'éviter les hémorrhagies dans les opérations sur la vulve, M. le Prof. Verneuil, fit en 1874 une série de leçons cliniques sur les procédés d'exérèse non sanglante des tumeurs de la vulve. Dans ces leçons, M. Verneuil passe en revue les divers instruments qui peuvent servir à enlever les tumeurs de la vulve, et finit par donner la préférence soit au thermocautère, soit au galvano-cautère. Le galvano-cautère est certainement très avantageux au point de vue de l'hémostase, mais il est beaucoup moins répandu que le thermocautère.

Quel que soit l'instrument employé, il est pour le chirurgien une règle absolue à laquelle il ne doit pas déroger sous peine de faire une opération inutile : c'est de dépasser largement les limites du mal, et de couper dans les tissus sains. Pour cela on circonscrit la tumeur par une incision demi-circulaire, et on la détache peu à peu des parties profondes. Dans le cours de l'opération, on place des pinces à forcipressure sur les artères clitoridiennes et les artères volumineuses qu'on lie ensuite. Quant aux petites artérioles et aux veines, le thermocautère suffit amplement à les oblitérer, et assure une hémostase suffisante. Si l'on a affaire à cette variété d'épithélioma qui s'accompagne de psoriasis vulvaire, on devra non seulement dépasser les limites de l'ulcération, mais encore la zone envahie par le psoriasis. Ces plaques psoriasiformes pourraient en effet devenir le point de départ d'une récidive.

La connaissance de l'état des ganglions inguinaux, est, on le comprend aisément, d'une importance capitale. Le chirurgien ne devra pas hésiter à enlever tout ganglion dégénéré.

Si l'on se trouvait en présence de plusieurs ganglions hypertrophiés ou qui paraîtraient suspects, la conduite adoptée par M. le Prof. Richet chez la malade dont nous rapportons plus loin l'observation, nous paraît très digne d'être imitée. On enlève un ganglion suspect et on l'examine immédiatement. S'il est simplement enflammé, on arrête là l'opération et on ferme la plaie. Si au contraire le ganglion est dégénéré, on enlève tous les ganglions malades, et on fait un nettoyage complet de la région inguinale.

L'opération terminée, on fait quelques points de suture avec du fil d'argent ou du crin de Florence.

On applique ensuite un pansement, soit à la gaze phéniquée, soit à la gaze iodoformée et on maintient le tout à l'aide d'un bandage en T ou d'un spica de l'aine.

Les suites de l'opération sont en général assez simples et la cicatrisation de la plaie opératoire se fait assez rapidement.

On a noté quelquefois une incontinence d'urine temporaire, et plus souvent de la rétention d'urine.

Pour remédier à la rétention d'urine, on pourra à volonté placer une sonde à demeure dans la vessie, ou faire le cathétérisme répété.

Dans deux de nos observations, on a également noté une hémorrhagie secondaire qui fut facilement arrêtée par l'application d'une pince à forcipressure. Si l'étendue

de la tumeur a obligé le chirurgien à intéresser le canal de l'urèthre dans la plaie opératoire, on devra craindre un rétrécissement de l'urèthre consécutif. On devra s'opposer à la formation de ce rétrécissement par l'emploi de sondes à demeure, et de corps dilatants.

Lorsqu'on se trouve en présence de lésions très étendues, d'une dégénérescence secondaire des ganglions inguinaux, chez une malade affaiblie et cachectique, l'opération est contre-indiquée.

Dans ce cas, on doit se borner à prescrire des soins de propreté, et à faire appliquer sur la région malade des compresses trempées dans une solution antiseptique. M. le Prof. Duplay, dans son Traité de pathologie externe, recommande de préférence des lotions au permanganate de potasse (un gramme par litre).

En même temps, on soutiendra les forces de la malade au moyen d'un régime tonique.

Enfin, s'il survenait des douleurs par trop vives, empêchant la malade de reposer, on pourrait les combattre par des préparations opiacées, et des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

OBSERVATIONS

Observation I

Boivin et **Dugès**. *Traité des maladies de l'utérus.*

Mme R..., âgée de 34 ans, née et élevée à Paris. A eu deux enfants. Elle a ressenti depuis six ans un prurit vulvaire insupportable qu'elle a cherché à combattre par des lotions froides.

Plus tard elle s'est livrée à la masturbation, sous l'empire de désirs érotiques violents. A eu alors des flueurs blanches en même temps que des douleurs de reins, et une constipation opiniâtre. Puis métrorrhagies abondantes. Douleurs dans le vagin.

Le clitoris était le siège d'une tumeur dure assez volumineuse et très douloureuse qui était un épithélioma. L'entrée du vagin s'entoura de végétations blanchâtres, résistantes, et la malade succomba 5 mois plus tard à la propagation du cancer au vagin et à l'utérus.

Autopsie. — Thorax. — Épanchement séreux assez abondant dans la cavité de la plèvre. La plèvre est adhérente en plusieurs points. Cœur volumineux. Foie, rate et reins très pâles.

Utérus très volumineux a le triple du volume normal.

Ovaires très petits, durs et comme squirrheux.

Le clitoris de la grosseur du petit doigt était très dur et composé de tissu squirrheux.

Ulcération à la face postérieure du vagin s'étendant jusqu'au col de l'utérus. Le col utérin était complètement détruit par l'ulcération qui avait même atteint la vessie.

Observation II

Boivin et Dugès. *Loc. cit.*

X..., cuisinière, 45 ans, entre à la Maison municipale de santé pour une hydropisie et une tumeur aux parties génitales. A eu une métrorrhagie abondante qui a duré 6 mois, et a cessé sans traitement.

A l'âge de 43 ans a vu apparaître à la vulve une tumeur qui augmenta rapidement de volume et que la malade soutenait avec un bandage en T la prenant pour une descente de matrice. Cette infirmité ne l'empêchait pas de travailler.

A l'examen, nous constatâmes une masse blanche, mollasse en forme de grappe, de la grosseur du poing qui appendait par un pédicule commun au clitoris et aux deux petites lèvres de la vulve.

L'abdomen était très volumineux, et la malade très amaigrie. Elle succomba 31 jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Poumons refoulés au sommet du thorax.

Le gauche était en pleine suppuration.

Abdomen contenait 12 pintes de sérosité jaune.

Foie très hypertrophié, d'un jaune foncé, était très dur et parsemé de concrétions tuberculeuses à divers états. Utérus volumineux. Museau de tanche blanchâtre et lisse à sa surface. La plupart des lobules composant la tumeur appendue au clitoris étaient d'un tissu blanc de l'aspect et de la consistance de la matière cérébrale.. Cette consistance était plus ferme dans quelques points et semblable à celle du savon.

Observation III

Churchill. — *Traité des maladies des femmes.*

A. F., âgée de 51 ans, a eu 7 enfants. Veuve depuis douze ans au moment de son entrée à l'hôpital.

A cessé d'être réglée depuis 2 ans. A remarqué, il y a quelques mois dans la région clitoridienne un noyau dur qui était le siège de fréquentes démangeaisons. Cette tumeur s'est graduellement accrue et a fini par s'ulcérer. La base de l'ulcération était très dure ; et l'on remarquait à sa surface des taches mélaniques.

De temps en temps la tumeur donnait lieu à un léger écoulement sanguin et à des douleurs lancinantes très vives. Vagin et utérus sont sains. Ganglions indurés dans les deux aines.

Le chlorure de zinc fut à diverses reprises appliqué sur la tumeur. Il se détacha une large eschare. La malade souffrit beaucoup et ne retira aucun bénéfice de ces applications.

Observation IV

Churchill. *Loc. cit.*

R..., âgée de 66 ans, tourmentée depuis longtemps par du prurit vulvaire. A la suite de ce prurit, elle vit survenir une tumeur à la vulve. Six mois après, elle vint se confier aux soins de M. Clintock.

Le clitoris était très hypertrophié, induré et partiellement ulcéré. Le gonflement s'étendait au côté droit du vagin formant à ce niveau une tumeur de coloration livide.

Le toucher vaginal malgré les difficultés qu'il présentait fut pratiqué avec le plus grand soin et permit de constater que l'utérus était sain.

L'état avancé de la maladie empêcha toute opération.

Observation V

Hutchinson. *Medical Times*, 1860.

E. H..., âgée de 50 ans, femme de tempérament lymphatique fut admise à l'hôpital York au mois de mai 1849.

Le clitoris et la commissure des petites lèvres étaient recouverts d'une tumeur cancéreuse végétante de la grosseur d'une pièce d'un franc.

La tumeur avait débuté 4 mois auparavant et était douloureuse depuis quelque temps. Le méat urinaire était intact, et les ganglions de l'aine n'étaient pas envahis.

L'opération fut faite huit jours après par M. Russell. La malade quitta l'hôpital le 28 juillet complètement guérie, six semaines après l'opération.

Mais le 23 novembre, nous apprîmes que la malade se plaignait de douleurs au niveau de la cicatrice, et elle rentra à l'hôpital un mois plus tard.

Nous constatâmes une large ulcération cancéreuse au niveau de l'ancienne cicatrice, et les ganglions de l'aine étaient pris.

L'état général était mauvais.

L'affection marcha rapidement, et la malade mourut quelques mois plus tard, c'est-à-dire quinze ou seize mois à partir du début de la maladie, et dix mois après l'opération.

Observation VI

Bailly. *Gazette hebdomadaire*, 1868.

X..., âgée de 72 ans. Réglée à 11 ans, se marie à 21 ans, et a 4 enfants.

A l'âge de 43 ans, brusque suppression des règles à la suite d'une émotion.

Elle s'aperçoit par hasard au mois de septembre dernier en faisant sa toilette d'une petite tumeur indolente de la grosseur d'une lentille, d'une couleur violacée située dans la région clitoridienne.

La malade n'en parle à personne et se borne à des soins de propreté. Cinq mois se passent ainsi sans qu'elle soit le moins du monde incommodée par la tumeur.

Tout à coup, au commencement de mai, l'accroissement, jusque-là sourd et lent, se fait avec une très grande rapidité. En même temps la tumeur s'ulcère en plusieurs endroits à la fois, et laisse écouler une abondante quantité d'un liquide filant. Le clitoris devient le siège d'un léger suintement séro-sanguinolent et de vives douleurs lancinantes.

La malade entre à la Maison municipale de santé, le 19 mai 1868, dans le service de Demarquay.

Huit jours après son entrée, la tumeur avait pris un tel développement qu'elle obstruait presque complètement l'orifice vulvaire. La base d'implantation de la tumeur était très mobile.

L'opération fut pratiquée le 27 mai, à l'aide de l'écraseur linéaire de Chassaignac.

L'examen microscopique de la tumeur qui fut pratiqué par M. Bouchard, démontra que l'on avait affaire à un cancer mélanique.

Observation VII

PERCHERON. *Bulletins de la Société anatomique*, 1870.

Françoise D..., 70 ans, entre dans le service de M. le professeur Fournier en janvier 1868.

A l'examen, on trouve une masse de formation nouvelle occupant le clitoris et la petite lèvre droite.

Cette tumeur est recouverte dans son tiers supérieur par une muqueuse lisse et tendre ; dans ses deux tiers inférieurs elle

est bourgeonnante et ulcéreuse, sécrétant un pus mal lié. Lèvre droite tuméfiée ; quelques ganglions inguinaux à gauche. Ablation de la tumeur et d'un ganglion. La malade sort guérie le 22 avril.

L'examen histologique fait par MM. Cornil et Ranvier, montra qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Au mois d'août 1869, la malade revient avec une récidive datant de trois mois. La récidive a lieu à la fois dans les ganglions inguinaux gauches et à la partie antérieure de la vulve. Sur les petites lèvres on voit plusieurs mamelons rouges du volume d'une petite noisette qui auraient diminué à la suite d'hémorrhagies.

Sur la grande lèvre droite existe une tumeur plus petite, rouge et saignante. Dans l'aine, tumeur bilobée, du volume d'un œuf de dinde, rouge violacée, présentant en dedans un petit bourgeon fongueux, jaune sale. Douleurs vives, amaigrissement considérable, pâleur très grande. Mort par épuisement le 13 février 1870.

A l'*autopsie*, outre ces diverses lésions, on trouve des ganglions volumineux dans le creux inguinal droit, le long des artères iliaques, surtout à droite et le long de l'aorte. Nombreux noyaux dans la partie inférieure de l'abdomen, la partie supérieure des cuisses, le fond et la face postérieure de l'utérus.

L'examen histologique fait par M. le professeur Cornil, montra qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé.

Observation VIII

Léger. *Société anatomique*. 1874.

Caroline B..., 62 ans, entre le 12 août 1873, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jean, n° 12. Elle présentait alors un épithélioma du clitoris développé depuis un an.

L'ablation de la tumeur fut faite le 1er septembre.

Un mois après, le développement de bourgeons charnus exubérants fit craindre une récidive, mais ils disparurent rapidement après une cautérisation au nitrate d'argent.

Il existait en même temps chez cette femme une tumeur au sein droit. Cette tumeur dont le début remontait à trois ans, offrait les caractères d'un adénome. Pourtant elle était ulcérée en un point, et avait par là donné lieu à des hémorrhagies assez abondantes ; elle présentait en outre, vers sa partie supérieure, une partie fluctuante, contenant certainement un liquide, dont la coloration paraissait violacée par transparence. La malade mourut d'épuisement.

A l'*autopsie*, on trouva des noyaux cancéreux dans les reins et dans les poumons. La tumeur du sein est formée presque entièrement par une poche remplie d'un liquide sanguinolent ; cette poche repose sur une base indurée.

Les parois de cette poche examinées au microscope par M. le Dr Després ont été reconnues formées par des culs-de-sac glandulaires séparés par des éléments fibro-plastiques.

Observation IX

Hirigoyen. *Bulletins de la Société de chirurgie de Bordeaux*. 1882.

Jeanne D..., 65 ans, entre le 30 avril 1877, hopital Saint-André (Bordeaux), salle n° 2.

Depuis six mois, à la suite de vives démangeaisons ulcération à la région clitoridienne. Au moment de l'entrée à l'hôpital, cette ulcération circulaire mesure 6 centimètres de diamètre, et s'étend du clitoris au bord antérieur de la grande lèvre gauche. Elle présente l'aspect d'un cancroïde papillaire. Un peu de rougeur au-dessus du méat urinaire. Un petit ganglion dans l'aine gauche.

Le Dr Demons enlève la tumeur au thermocautère, en ayant soin de dépasser d'un centimètre les bords de l'ulcération.

Au bout d'un mois, la malade quitte le service en bon état.

Un an après, la généralisation cancéreuse s'était effectuée, une masse ganglionnaire volumineuse occupait le pli de l'aine : les ganglions abdominaux étaient eux-mêmes envahis, et la malade ne tarda pas à succomber aux accidents généraux consécutifs à la diathèse.

L'examen histologique de la tumeur, au moment de son ablation, montra que l'on avait affaire à un épithélioma pavimenteux lobulé, avec globes épidermiques.

Observation X

M. Verneuil. *Gazette hebdomadaire*. 1874.

Sur une femme de 60 ans on trouve un épithélioma occupant le clitoris, la commissure vulvaire supérieure et tout le mont de Vénus. Le néoplasme avait créé un sillon sous-cutané profond de 2 centimètres au moins, en haut sous les parties molles du mont de Vénus, à droite et à gauche sous le quart supérieur des grandes lèvres.

Le clitoris était transformé en une masse fongueuse et ulcérée ; l'induration descendait même jusqu'à quelques millimètres de l'orifice uréthral.

Pour l'opération, M. Verneuil fit l'usage combiné du couteau galvanique et de l'écraseur.

Pendant la cicatrisation, il fallut lutter contre une rétention d'urine assez rebelle qui nécessita longtemps l'emploi de la sonde de Sims laissée en permanence, et plus tard le cathétérisme répété.

Deux mois après la sortie de l'hôpital, il y avait récidive avec engorgement ganglionnaire, et la malade mourait de péritonite sept mois après l'opération.

Observation XI (résumée)

Dr Jouin. *France médicale.* 1882.

Jeanne C..., âgée de 44 ans, entre le 31 mars 1881, à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Péan.

Mère de deux enfants bien portants. Pas de syphilis.

Elle présente à la vulve une ulcération de nature épithéliomateuse de la grandeur d'une pièce de 2 francs, occupant le clitoris et la partie supérieure de la grande lèvre droite. Le fond de l'ulcération est boursouflé et saignant. La base de l'ulcère est indurée, et l'induration s'étend au loin rayonnant d'une façon assez irrégulière.

Autour de cette ulcération, des plaques blanchâtres, fendillées présentant cet aspect gaufré qui caractérise le psoriasis buccal décrit par M. Debove, s'étendent à 3 ou 4 centimètres et recouvrent la muqueuse sur tous les points où l'on sent de l'induration. En dedans, elles remontent sur la face externe de la petite lèvre droite et arrivent jusqu'à son bord libre.

Sur les points où la muqueuse est à nu, elle est rouge et framboisée, ses papilles sont hypertrophiées. La malade raconte que ces plaques blanchâtres ont précédé de longtemps l'apparition de l'ulcère, et qu'elle les a constatées il y a plus de deux ans. Indolentes dans le principe, ou déterminant à peine quelques démangeaisons sans importance, elles sont demeurées insensibles, et la palpation ne détermine aucune sensation spéciale. Il n'en est pas de même de l'épithélioma; peu douloureux d'abord, il est devenu ensuite le siège de cuissons assez vives.

Pas de ganglions dans les aines ; état général excellent.

Le 2 avril, M. Péan enlève l'épithélioma au thermocautère, et toute la muqueuse envahie par le psoriasis.

La malade quitte le service le 13 juin, complètement guérie.

Observation XII

Deschamps. *Archives de tocologie*. 1885.

Marie L..., 75 ans, entre le 17 mars 1884 à l'hôpital temporaire de la rue Pascal dans le service de M. Hutinel.

Pas de sympôtmes de scrofule ou de syphilis. A eu un enfant. Dernières règles à 48 ans.

Il y a deux mois elle s'est aperçue d'un petit durillon à la vulve. Plus tard il lui semble que cette tumeur disparaît, mais bientôt elle en constate une autre qui cause de la douleur pendant la miction. Presque en même temps la malade constate qu'elle perd blanc, puis blanc sanguinolent, puis roux. Elle ressent quelques douleurs, ses forces diminuent, et elle se décide à entrer à l'hôpital.

Le clitoris et son capuchon forment une tumeur du volume du pouce, rosée, lisse et résistante.

La grande lèvre gauche paraît atrophiée et en partie cachée par l'autre grande lèvre. Sur le bord interne de la grande lèvre droite, on voit une série de plaques qui s'étendent jusque sur la petite lèvre. Leur surface est rosée, légèrement exulcérée. Ces plaques peu épaisses sont au nombre de trois.

En entr'ouvrant la vulve, on voit la tumeur se prolonger vers le vagin.

L'orifice de l'urèthre est situé entre deux plaques, mais non déformé.

Le toucher fait constater que les lésions forment à la vulve une sorte d'anneau incomplet, constitué par une série de petites nodosités résistantes, arrondies, du volume d'une noisette. Dans la profondeur du vagin, on sent des petites tumeurs semblables. Le col de l'utérus est sain. Il existe un léger suintement non fétide.

Dans les deux aines, on trouve quelques ganglions durs du

volume de noyaux de cerise, mobiles, séparés les uns des autres.

La malade se plaint de quelques douleurs vagues à l'hypogastre et à la vulve.

Peu à peu, les ganglions inguinaux deviennent plus volumineux, arrivent à avoir la grosseur d'une noisette, mais ils restent isolés et roulent sous le doigt.

La malade s'affaiblit de jour en jour, et meurt le 5 mai.

Autopsie. Emphysème pulmonaire. Cœur normal. Légère apparence muscade du foie.

Rein gauche congestionné, présente sous la capsule un kyste gros comme une lentille. Rein droit normal en apparence. A la coupe, on trouve quatre tumeurs sphériques, de volume variable, à centre caséeux et grumeleux, à enveloppe fibreuse et verdâtre.

On scie les branches du pubis et on détache la vulve, le périnée et les organes du petit bassin. Le pubis a subi en partie la dégénérescence épithéliomateuse.

Les ganglions inguinaux, augmentés de volume présentent une consistance un peu ferme et une coupe grisâtre.

La vessie est petite et contractée. L'urèthre très raccourci semble réduit à l'état d'une fistule irrégulière.

Utérus sain, légèrement augmenté de volume.

Examen histologique par M. le Dr Hutinel.

La tumeur molle, friable, d'un aspect grisâtre, présente à l'œil nu un aspect grenu et légèrement mamelonné. On prend des fragments du néoplasme, et on les durcit dans l'alcool, la gomme, puis l'alcool. Sur des coupes perpendiculaires au plan de l'ulcération, on trouve, à un faible grossissement, la préparation remplie de prolongements épithéliaux, en doigt de gant, en massue, en cylindres anastomosés parfois les uns avec les autres, séparés par un tissu conjonctif très vascularisé, et présentant de distance en distance des proliférations embryonnaires.

Chacun des cylindres épithéliaux est formé de cellules volu-

mineuses, crénelées, dans lesquelles il existe parfois des vacuoles autour du vagin. Ces cellules sont identiques à celles du corps de Malpighi, mais elles sont loin d'être disposées d'une façon aussi régulière, car au centre de ces noyaux, l'ordre de ces cellules semble bouleversé. Des amas de cellules allongées, accolées l'une à l'autre, se voient à côté de globes épidermiques à centre jaunâtre. En d'autres endroits, toute apparence cellulaire a presque disparu, pour faire place à une masse jaunâtre, d'aspect colloïde, sur laquelle tranchent par places des noyaux jaunâtres, qui sont évidemment la trace des noyaux des cellules ; au voisinage, le tissu conjonctif est infiltré de cellules embryonnaires, disposées dans l'intervalle des fibres conjonctives, et au pourtour des vaisseaux. En plusieurs points la transition entre l'élément épithélial et l'élément embryonnaire se fait par degrés tellement insensibles, qu'il semble que l'on puisse observer la transformation des cellules embryonnaires en cellules épidermiques. Certains vaisseaux semblent de la sorte creusés en plein épithélium, d'autres sont remplis de matière colloïde. Les travées épithéliales se prolongent dans les parties les plus profondes du tissu ; toute la grande lèvre et le pubis lui-même ont ainsi subi la dégénérescence épithéliomateuse.

Observation XIII

Dr Sorbets. *Gazette des hôpitaux*. 1883.

Marie L..., 65 ans, ayant eu deux enfants, se plaint depuis quinze mois d'un gros bouton de la vulve, se recouvrant d'une croûte, au-dessous de laquelle existe une ulcératien à bords indurés, et donnant lieu à de vives démangeaisons.

Quand on l'examina (janvier 1883), on constata une tumeur occupant le clitoris, mobile, à base large, à sommet ulcéré et saignant facilement, à bords inégaux, répandant une odeur

caractéristique, de la grosseur et de la forme de la phalangette du pouce. On dirait le clitoris hypertrophié.

Ne présentant aucune attache avec la paroi supérieure de l'urèthre, cette tumeur refoule en haut les petites lèvres vers le mont de Vénus. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Lorsque, six mois plus tard, la malade se décide à l'opération, la tumeur est du volume d'une grosse noix ; largement attachée par sa base, elle retombe au devant de l'orifice de l'urèthre, et il faut la relever pour introduire une sonde dans la vessie.

Opérée le 23 juillet au bistouri ; incision circonscrivant la tumeur ; excision de la tumeur ; hémorrhagie secondaire abondante, quelques heures après l'opération.

Le 15 septembre, guérison absolue. A part l'absence du clitoris, on ne se douterait pas qu'une ablation de tumeur ait été faite dans cette région.

Observation XIV

Dr Huber. *Gazette médicale de la Picardie*. 1884.

Adèle M..., âgée de 55 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Amiens le 24 décembre 1883.

Bonne santé habituelle. A eu 8 couches heureuses. Cessation des règles il y a 5 ans.

Il y a deux ou trois ans, dit-elle, elle a éprouvé de légères démangeaisons dans la région vulvaire, qui la forçaient à se gratter. Vers le commencement de l'année 1883, les démangeaisons devinrent plus fortes, et il y a environ cinq mois, elle s'aperçut de la présence d'un petit bouton à la vulve. Elle ne s'inquiéta pas de cette tumeur qui grossit peu à peu, en donnant toujours lieu à des démangeaisons. Au mois de novembre, elle commença à appliquer divers topiques. Enfin le 24 décembre, elle se décida à entrer à l'hôpital.

L'examen à ce moment nous fit constater les phénomènes suivants. Le clitoris formait une petite tumeur saillante, arrondie, rouge, légèrement ulcérée : le capuchon du clitoris était lui-même induré et ulcéré, la totalite des petites lèvres était le siège de petites tumeurs arrondies, rouges ou grisâtres et ulcérées. Le reste de la muqueuse vulvaire est saine.

Dans le pli de l'aine du côté gauche, on observe un ganglion légèrement tuméfié, roulant sous le doigt et tout à fait indolent.

Les caractères de cette tumeur, son développement nous montrent que nous avons affaire à un épithélioma du clitoris et des petites lèvres.

Le 5 janvier, l'ablation de la tumeur est pratiquée à l'aide de l'écraseur linéaire de Chassaignac. Au moment où l'écraseur linéaire fut au bout de sa course, il restait encore un petit pont de muqueuse à sectionner ; nous en eûmes facilement raison à l'aide du couteau du thermocautère. Le pansement consista en applications de gâteaux de charpie imprégnée d'alcool.

Aujourd'hui, 6 février, la cicatrisation peut-être considérée comme complète sans aucun accident depuis l'opération. Le ganglion inguinal qui semblait ne s'être développé que sous l'influence de l'irritation inflammatoire des parties malades, est à peu près complètement disparu.

Observation XV

Annali Universali di medicina chirurgia, **Milano, 1879.**

Maddalena A..., âgée de 48 ans, est d'une constitution faible. Elle est très amaigrie et très pâle. Réglée à 16 ans ; mariée à 20 ans. A eu trois enfants. Elle entre à l'Hôpital le 18 avril 1879 pour une affection qui date d'un an environ.

A l'examen de la vulve, on voit une tumeur grosse comme une noix, arrondie, rugueuse, de consistance assez ferme, et

occupant exclusivement le clitoris. Cette tumeur assez mobile, n'est pas ulcérée et donne lieu à des douleurs lancinantes.

Pas d'hypertrophie des ganglions de l'aine.

Toutes les autres parties de la vulve sont saines. Il y a un certain degré de leucorrhée.

Pas de syphilis antérieure.

Les caractères de la tumeur nous portèrent à faire le diagnostic d'épithélioma.

L'opération fut pratiquée le 18 avril, à l'aide du thermocautère sans entraîner la perte d'une goutte de sang.

Les suites de l'opération furent excellentes. La malade fut soumise à un traitement général reconstituant, et au bout de 24 jours, la cicatrisation était complète. Quand la malade quitta l'hôpital, nous lui recommandâmes de revenir à la moindre apparence de récidive. Nous ne l'avons pas revue depuis.

L'examen histologique de la tumeur confirma le diagnostic clinique. Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux.

Observation XVI

Dr Soubougyn. — *Vrach.* St-Pétersbourg, 1881.

A... K... Finlandaise, âgée de 70 ans, ne s'était aperçue de son mal que deux mois avant la consultation pour laquelle elle s'était adressée au Dr Soubougyn. Elle éprouvait des démangeaisons violentes à la vulve. A l'examen de la région, on constatait une tumeur grosse comme une noix attachée par une large base au sommet du clitoris. Tout le reste de la muqueuse vulvaire était sain. Les ganglions de l'aine étaient normaux.

L'ablation de la tumeur fut faite à l'aide de l'écraseur linéaire. Il se déclara une petite hémorrhagie qui fut arrêtée par le couteau du thermocautère.

Vingt jours plus tard, la plaie était cicatrisée, et les déman-

geaisons avaient disparu. Pas de récidive. La tumeur ressemblait à une framboise à base large, et à sommet étroit.

La surface était grenue, pleine de saillies séparées par des sillons qui étaient remplis de pus, et d'écailles épidermiques.

A la coupe, la tumeur était de couleur blanchâtre, et offrait une structure fibreuse.

L'examen microscopique démontra l'existence d'un tronc de tissu fibreux et conjonctif court et épais partant de la base, et se divisant vers le sommet comme un éventail en plusieurs branches. Chaque branche se divisait encore en ramifications secondaires et ainsi de suite.

Outre le tissu conjonctif qui prédominait dans le tronc, on apercevait quelques petits vaisseaux qui entraient dans la tumeur. La plus grande partie de la tumeur était constituée par des cellules épithéliales qui en forme de gaine composée de plusieurs couches entouraient le tronc et les ramifications.

Les cellules épithéliales voisines du tissu conjonctif conservaient l'apparence de celles de l'épithélium normal du clitoris. Celles qui étaient situées vers le sommet de la tumeur étaient aplaties, à noyau comprimé.

Enfin les plus superficielles étaient totalement atrophiées et elles avaient l'aspect de petites écailles cornées.

L'épaisseur de la couche de ces cellules devenues cornées augmentait vers le sommet.

Observation XVII

M. le Prof. Trélat. *Clinique de l'hôpital Necker.* 1882.

Femme de 66 ans. Bonne santé habituelle. A eu plusieurs enfants. Elle présente sur le bord droit du clitoris un petit ulcère de la largeur d'une ancienne pièce de quinze sols, c'est-à-dire mesurant 15 à 16 millimètres de diamètre. Développé spontanément, il aurait commencé depuis deux mois, et donne-

rait lieu à quelques démangeaisons. Il est irrégulier sur ses bords, un peu déchiqueté, anfractueux, et présente quelques points grisâtres et de petites végétations en chou-fleur, comme un épithélioma ou un cancroïde de la peau. Enfin, mobile dans ses parties profondes, il ne paraît pas avoir de ramifications bien étendues. Sur les grandes lèvres on ne remarque rien de particulier.

Pas d'écoulement vaginal ou utérin.

Dans l'aine, pas de ganglions, sauf à gauche où l'on voit un peu d'intumescence ganglionnaire, comme à la suite d'une petite écorchure.

Observation XVIII

Dr Polaillon. *Société de gynécologie.* 1885.

Parig..., âgée de 70 ans, entre le 9 janvier 1885 à la Pitié, pour une tumeur de la vulve.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas de syphilis. A eu six enfants. La malade prétend ne s'être aperçue de sa tumeur que depuis trois semaines. Mais elle avoue que deux mois avant sa constatation, elle perdait souvent un liquide purulent, et quelquefois un peu de sang. En même temps elle ressentait des douleurs comparables à des piqûres d'aiguille. Il est difficile d'admettre que la tumeur ait eu une évolution aussi rapide. Il est probable qu'elle a été précédée par l'existence d'une verrue qui est restée stationnaire pendant longtemps, et qui a pris tout à coup un accroissement rapide.

La tumeur occupe le clitoris et la petite lèvre droite. Elle est grosse comme un œuf de poule, mamelonnée, rougeâtre, assez dure, excoriée dans certains points. Les sécrétions vulvaires mélangées au pus, au sang, à l'urine et aux débris épithéliaux humectent sa surface et produisent une odeur infecte.

La tumeur est attachée au corps du clitoris et pend au devant de l'orifice vulvaire. Quand on la soulève, on voit que le méat urinaire est libre et sain. La muqueuse de l'orifice vaginal est normale, les grandes lèvres sont saines.

Pas de dégénérescence des ganglions inguinaux.

La santé générale de la malade est bonne.

Du 9 au 15 janvier la tumeur augmente de volume, et devient le siège de douleurs vives. Ce sont là deux raisons pour enlever rapidement cette tumeur qui présente tous les signes d'un épithélioma.

Le 15. Opération en dépassant largement les limites de la tumeur avec le thermocautère. L'écoulement sanguin est assez abondant, surtout lorsqu'on arrive près des racines du clitoris. Cinq ligatures sont nécessaires.

L'ablation comprend tout le corps du clitoris, la petite lèvre droite, la moitié supérieure de la petite lèvre gauche et une partie de la grande lèvre droite.

Une sonde est placée à demeure dans la vessie. Compresses boriquées sur la vulve.

Les suites de l'opération furent simples.

Au bout de trois jours, la sonde à demeure fut retirée.

Plusieurs fois par jour lavages de la plaie avec de l'eau boriquée à 1/20 et application de compresses boriquées.

Le 21. Hémorrhagie abondante provenant d'une artère clitoridienne. L'interne du service saisit l'artère avec une pince à forcipressure qu'il laisse à demeure.

Le 23. La plaie est complètement détergée, bourgeonnante. La pince à forcipressure est enlevée. La malade qui avait eu jusqu'à présent de l'incontinence d'urine, commence à uriner volontairement.

Le cicatrisation se fait peu à peu, et la malade quitte l'hôpital le 5 mars à peu près complètement guérie.

Observation XIX (inédite)

Communiquée par M. le Dr Secheyron, ancien interne des hôpitaux.

Petit M..., âgée de 76 ans, entre le 13 septembre 1886 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Gallard.

Bonne santé habituelle. Réglée à 18 ans et toujours bien réglée. A eu neuf grossesses à terme.

Depuis quatre mois elle s'est aperçue qu'elle maigrissait. En même temps elle a ressenti à la vulve de vives démangeaisons revenant par accès. Plus tard elle a constaté une petite tumeur sur le clitoris.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on voit implantée sur le clitoris une tumeur bourgeonnante, anfractueuse, divisée en deux parties par une dépression profonde sur la ligne médiane. La partie droite comprend le clitoris et la partie supérieure de la petite lèvre. Son volume et sa forme rappellent une amande. La partie gauche est d'un volume double et comprend toute la petite lèvre de ce côté. Toute cette masse affleure la grande lèvre. Son étendue est de 2 centimètres 1/2 de long sur 3 centimètres de large. La surface de la tumeur est rougeâtre, grenue, irrégulière, anfractueuse, recouverte de points jaunes. Sa consistance est dure. Dans son ensemble, la tumeur est enveloppée à sa partie supérieure par le capuchon qui paraît intact au moins à son extrémité libre.

Dans le repli interlabial gauche, il y a deux petites ulcérations rougeâtres produites par l'irritation du liquide.

Les grandes lèvres sont flasques, mais normales. La fourchette est libre et le conduit vulvo-vaginal intact. Les caroncules myrtiformes sont très développées. Le col utérin n'existe pas, il est remplacé par un simple orifice à bords souples et normaux.

Dans l'aine, on sent de petits ganglions indurés et isolés.

Observation XX (inédite)

Communiquée par M. le Dr Secheyron, ancien interne des hôpitaux.

A. S..., âgée de 61 ans entre le 13 janvier 1887, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Péan.

Réglée à 15 ans, et toujours bien réglée. Elle a eu deux grossesses à terme.

Au mois de juin 1871, elle a eu de l'eczéma du cuir chevelu, qui a duré dix-huit mois. Quelques mois plus tard elle a eu un ictère qui a duré trois mois.

Au mois de décembre 1886, elle raconte qu'elle s'est aperçue d'une petite ulcération siégeant à la région clitoridienne. Cette ulcération a augmenté graduellement et elle a actuellement la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Elle est située à la fois sur le clitoris et sur la petite lèvre droite. Cette petite tumeur dont le fond est ulcéré, présente à sa surface des petites granulations rosées qui saignent facilement.

Observation XXI

Dr Leprévost. *Normandie médicale.* 1888.

M..., âgée de 52 ans, a eu trois enfants ; elle est veuve depuis plusieurs années. Bonne santé habituelle jusqu'à la ménopause qui s'est faite à 47 ans. Depuis cette époque, elle a été sujette à des malaises, à des migraines, et surtout à un prurit vulvaire très incommode survenant par intermittences et résistant aux divers traitements employés.

Cette malade me consulta pour la première fois, le 10 juin 1885, au sujet d'une affection de la vulve pour laquelle elle recevait des soins depuis plusieurs mois déjà. Cette affection considérée au début comme un chancre induré, s'était malgré

l'emploi du traitement spécifique, étendue et modifiée peu à peu et, au moment de mon premier examen, l'hypothèse d'un ulcère syphilitique, peu admissible d'ailleurs en raison des mœurs de la malade avait perdu toute vraisemblance.

A l'examen de la vulve, on constatait une ulcération rosée, bourgeonnante à bords irrégulièrement festonnés siégeant à la fois sur le clitoris et sur la petite lèvre gauche. Cette ulcération avait à peu près détruit la petite lèvre gauche, et s'étendait jusqu'à la grande lèvre. En arrière elle avait envahi, sur une étendue de quelques centimètres, la muqueuse du vagin, et gagné la colonne antérieure de ce conduit qui, tout entière, était recouverte de bourgeons exubérants.

En introduisant une sonde dans la vessie, on constatait que le canal de l'urèthre était libre.

La peau de la face interne des cuisses était rouge, et présentait quelques exulcérations dues au contact des liquides sanieux qui s'écoulent de l'ulcère.

Dans l'aine gauche, on trouvait une masse ganglionnaire du volume d'une grosse noix, dure, inégale, indolente.

La malade a perdu l'appétit et a maigri. Depuis plusieurs mois, elle est privée de sommeil en raison des vives douleurs qu'elle éprouve dans toute la région malade, et surtout au niveau du clitoris. Ces douleurs sont exaspérées par la miction.

Nulle part on ne trouve des signes de généralisation de l'épithélioma, et comme la tumeur peut être enlevée en totalité, je me décide sur les vives instances de la malade, à en pratiquer l'ablation.

Opération le 16 juin. Ablation très large de la masse ganglionnaire de l'aine. Suture de la plaie après drainage.

Excision au bistouri de toutes les parties atteintes par l'ulcération, en dépassant les limites du mal sur une étendue de plusieurs centimètres. Hémorrhagie artérielle peu considérable, trois ou quatre ligatures au plus.

Hémorrhagie veineuse abondante qui cesse à la suite d'une cautérisation au thermocautère.

Sonde à demeure dans la vessie. Pansement de Lister à la vulve et dans l'aine. La cicatrisation se fit rapidement, et la malade sortit guérie au bout de deux mois.

En octobre de la même année, elle revint et me fit voir dans l'angle externe de la plaie inguinale une masse ganglionnaire du volume d'une noisette au niveau de laquelle la peau était rouge amincie et prête à s'ulcérer.

L'examen du vagin montra qu'une récidive s'était faite sur la paroi antérieure au voisinage de l'urèthre. Peu à peu cette ulcération grandit, envahit les faces latérales du vagin, et l'état général de la malade devint mauvais.

La cachexie survint, et la malade mourut le 15 décembre 1885.

Observation XXII

M. le Prof. Richet. *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.* Avril 1888.

M..., âgée de 40 ans habituellement bien portante. Sa mère est morte à 90 ans. Elle a cinq frères et sœurs bien portants. Cette femme est devenue enceinte à 23 ans, et elle est accouchée à terme d'un enfant mort à la suite d'une chute.

Il y a six mois seulement, elle s'est aperçue de l'existence d'une tumeur à la grande lèvre. Ce renseignement est inexact, et nous verrons plus loin que ce n'est pas la grande lèvre qui a été le siège primitif de la maladie.

Quoi qu'il en soit, cette tumeur a pris un accroissement graduel, elle est devenue douloureuse, et la malade s'est décidée à venir à l'hôpital le 3 février.

A ce moment, nous avons constaté sur la partie inférieure du mont de Vénus, une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, rougeâtre, formée de lobes agglomérés et serrés constituant une sorte de chou-fleur. Chacune de ces végétations étant recouverte d'une pellicule fragile, dont la déchirure était suivie d'un léger saignement.

Le siège précis de cette tumeur est l'angle de réunion des petites et des grandes lèvres de chaque côté, et un examen soigneux permet de reconnaître que son point de départ a été le clitoris. En pratiquant le cathétérisme, il est facile de reconnaître que le canal de l'urèthre n'est pas intéressé par la néoplasie.

Par le toucher vaginal, nous avons constaté que la tumeur paraissait s'étendre le long de la branche ischio-pubienne du côté droit, dans la racine correspondante du clitoris.

Nous avons donc affaire à un épithélioma du clitoris, et ce point de départ dont la détermination résulte de l'examen local doit être d'autant plus facilement accepté que chez l'homme les corps caverneux, organes correspondants au clitoris sont assez souvent le point de départ du cancer.

Depuis 15 jours, la tumeur a un peu diminué de volume sous l'influence des compresses de sublimé appliquées en permanence à sa surface. Ces compresses ont surtout eu pour résultat de diminuer le suintement fétide auquel l'épithélioma donnait lieu.

La malade présente dans les deux aines des engorgements ganglionnaires. Ces ganglions sont mobiles, souples, peu douloureux et légèrement augmentés de volume. Mais cette hypertrophie ne paraît pas due à une dégénérescence de mauvaise nature.

L'opération fut faite le 24 avril, et M. le professeur Richet enleva l'épithélioma de la façon suivante. Il fit une incision demi-circulaire au-dessus de la tumeur pour la circonscrire ; puis il la sépara du mont de Vénus et de la symphyse, la renversa de haut en bas, la détacha des parties profondes et enleva avec elle la racine profonde du clitoris M. le Prof. Richet fit l'opération au thermocautère pour ne pas être gêné par le saignement des petites artères, et plaça des ligatures sur la clitoridienne et les artères importantes.

Vis-à-vis des ganglions de l'aine, voici la conduite de M. le Prof. Richet. Il fit une incision exploratrice dans la région

inguinale et enleva un des ganglions qui paraissaient suspects. Ayant constaté sur une coupe que ce ganglion était simplement enflammé, M. Richet ne poussa pas plus loin le nettoyage de la région inguinale. L'examen histologique fait par M. Rémy confirma que le ganglion n'était pas dégénéré. M. Rémy fit également l'examen microscopique de la tumeur et constata que c'était un épithélioma.

Deux mois après l'opération, le 17 avril, M. Richet constata en faisant le pansement de la malade, qu'il existait encore un noyau de la grosseur d'une petite noisette au niveau de la cicatrice. Les ganglions de l'aine n'avaient pas changé de volume.

M. Richet enleva ce petit noyau à l'aide du thermocautère. Pansement pendant huit jours à la gaze iodoformée, puis applications de compresses imbibées d'eau boriquée. La plaie opératoire se cicatrise assez rapidement, et la malade part pour le Vésinet le 13 juin, complètement guérie.

Observation XXIII

Launois. *Société anatomique.* 1883.

Louise V., âgée de 5 ans, est amenée à l'Hôpital des Enfants chez M. le Dr de Saint-Germain, le 1er mai 1882. La mère raconte que depuis longtemps elle a remarqué au niveau de la vulve de son enfant une tumeur qui ne l'a pas inquiété d'abord, mais qui depuis quelque temps augmente rapidement de volume.

L'enfant ne se plaint pas, n'a jamais fait de maladies. A l'examen on constate au niveau de la région clitoridienne une masse molle, pédiculée à son extrémité inférieure. En haut elle se continue directement avec la peau qui forme le capuchon du clitoris, en bas elle présente des mamelons séparés par des sillons assez profonds. La peau qui recouvre cette tumeur présente la même pigmentation que celle des parties voisines. Grandes lèvres normales.

Pas de ganglions inguinaux.

On pense à une hypertrophie simple du clitoris et de son capuchon.

Opération le 6 mai, avec l'écraseur linéaire.

Des tampons d'amadou sont appliqués sur la plaie.

Le soir, l'enfant perd une certaine quantité de sang en faisant des efforts de défécation.

Pansement renouvelé.

La plaie se cicatrise rapidement, et l'enfant quitte l'hôpital le 13 mai, à peu près complètement guérie.

23 juin. L'enfant est amenée de nouveau à l'hôpital. Elle souffre beaucoup, et la mère raconte que la tumeur a repoussé plus volumineuse qu'auparavant. A l'examen de la vulve, on constate en effet, une masse rougeâtre mesurant 6 centimètres en hauteur et 3 centimètres en largeur. La surface de cette tumeur est lisse et rouge.

Pas de ganglions inguinaux.

Le 30. Deuxième opération avec l'anse galvanique M. de Saint-Germain fait observer que l'opération est simplement palliative, et que la tumeur récidivera fatalement.

25 septembre. Troisième ablation de la tumeur à l'aide de l'anse galvanique.

4 octobre. Nouveaux bourgeonnements de la tumeur. On fait à la base de cette tumeur cinq incisions, et on enfonce dans leur trajet des flèches de pâte de Canquoin. Malgré cela l'affection continue à progresser.

15 novembre. Toute la vulve et la région pubienne sont envahies. Les grandes lèvres sont transformées en masses lobulées du volume d'une grosse noix.

Dans le pli inguinal gauche, hypertrophie considérable des ganglions.

Incontinence d'urine. Diarrhée. La petite malade dépérit de jour en jour, ne mange plus et maigrit considérablement. Elle meurt le 22 décembre.

Autopsie. — En écartant les lèvres de la vulve, on trouve un sillon profond au fond duquel il est impossible de retrouver

l'orifice externe du canal de l'urèthre. La partie inférieure de la paroi abdominale est infiltrée dans toute son épaisseur.

La vessie est dure, rétractée. En l'incisant, on constate une dégénérescence de toutes les tuniques et principalement de la tunique muqueuse qui mesure 1 centimètre 1/2 d'épaisseur. La cavité vésicale est remplie par une masse grisâtre et dure. Utérus, reins, rectum, normaux.

Les ganglions iliaques et lombaires forment des masses volumineuses.

Le foie et le poumon gauche présentent quelques noyaux durs du volume d'un pois.

Examen histologique. — Sur une coupe de la première tumeur enlevée, on voit en quelques points que le revêtement normal de la muqueuse est conservé. La couche sous-jacente de l'épithélium est constituée par de petits éléments ronds ayant un noyau très volumineux. On distingue entre eux un grand nombre de capillaires sanguins. Ces éléments sont très serrés les uns contre les autres. En certains points, ils ont un aspect fusiforme ou étoilé, et sont séparés par une masse abondante de matière amorphe et granuleuse.

Cette tumeur rappelle donc la structure du sarcome.

Observation XXIV (résumé)

Dr Terrillon. *Annales de gynécologie.* 1886.

Leroux, 62 ans, entre le 21 avril 1885 à l'infirmerie de l'hospice de la Salpêtrière.

Ressent depuis quelques mois des douleurs à la vulve, et s'est aperçue d'un léger écoulement sanguin.

Sur la face interne de la petite lèvre droite et empiétant sur le clitoris, existe une petite tumeur du volume d'une grosse noisette, dure, régulière, sans bosselures et absolument noire. Cette tumeur est facilement mobilisable.

Tout autour d'elle, la muqueuse est noire et sa pigmentation uniforme laisse entre ses taches quelques traînées de peau saine. Cette coloration se prolonge jusque dans le vagin, et sur la muqueuse du col utérin.

Pas de ganglions dans la région inguinale.

La malade après être restée deux mois à l'infirmerie, est opérée le 28 juin.

La tumeur est excisée au thermocautère, en ayant soin de disséquer dans le tissu cellulaire profond, afin de laisser intacte la tumeur. L'ablation complète ne détermine pas l'issue d'une goutte de sang.

Pansements phéniqués à l'aide d'une compresse fréquemment renouvelée.

La plaie se cicatrise peu à peu, par seconde intention sans complications. Le 15 juillet, la malade est complètement guérie, mais elle porte toujours la pigmentation vulvo-vaginale.

Examen histologique. — La tumeur enlevée a été examinée par M. le Dr Babinski, sur des coupes de cette tumeur on voit que l'épiderme est notablement altéré au niveau de la partie moyenne de la tumeur. Il est difficile de distinguer l'épiderme du derme : on trouve entre les cellules épidermiques un grand nombre de cellules remplies de pigment avec prolongements multiples.

Les cellules profondes du stratum de Malpighi contiennent du pigment ; les papilles sont remplies de cellules plus ou moins volumineuses arrondies, ou de formes irrégulières et très pigmentées.

Si de l'épiderme on passe à l'examen des parties centrales de la pièce, on voit que la tumeur s'enfonce profondément dans le derme. Elle est constituée principalement par des cellules pour la plupart arrondies, de volume variable, dont les unes assez rares ont 30 à 40 μ de diamètre, dont la généralité présente un diamètre de 10 à 15 μ. Ces cellules sont accolées les unes aux autres, et agglomérées en formant soit des nodules, soit des

noyaux plus ou moins réguliers séparés les uns des autres par du tissu conjonctif qui contient des vaisseaux assez nombreux et dilatés. La plupart des cellules de la tumeur contiennent des granulations de pigment dans leur intérieur.

Il s'agit donc bien nettement d'un sarcone mélanique.

Au mois de novembre, nous revoyons la malade qui nous montre une masse ganglionnaire bosselée occupant l'aine droite. A partir de ce moment, apparaissent des tumeurs multiples qui se propagent rapidement dans différents points du corps.

L'état général devient plus mauvais, la malade marche difficilement et perd l'appétit.

Voici ce que l'on constate à l'examen pratiqué le 17 fév. 1886, c'est-à-dire huit mois après l'opération.

La lésion mélanique a beaucoup progressé. Les grandes lèvres sont œdématiées. La cicatrice de la petite lèvre enlevée reste intacte, mais sur l'autre lèvre on voit plusieurs petites tumeurs noirâtres, saillantes.

L'orifice de l'urèthre est envahi. On trouve une masse noirâtre grosse comme le petit doigt sur la face postérieure du vagin.

Dans l'aine, du côté droit, se trouve une tuméfaction ganglionnaire volumineuse comme le poing, bosselée et adhérente aux parties profondes. La peau est intacte mais amincie, et on peut voir par transparence la coloration noire de la tumeur sous-jacente.

Dans l'aine gauche, quelques petits ganglions encore isolés et indurés. Enfin, un ganglion assez volumineux existe dans le creux sus-claviculaire droit, et dans la région du dos il existe une tumeur noirâtre, du volume d'une noix.

Etat général mauvais. Face bouffie. Membres inférieurs œdématiés.

Examen du sang. — Globules blancs très nombreux, avec une grande quantité de granulations noirâtres très fines disséminées entre les globules. Quelques-unes sont adhérentes aux globules blancs.

Examen de l'urine. Mise dans un verre à pied et exposée à l'air, l'urine prend une teinte noirâtre presque aussi foncée que de l'encre.

1er mars 1886. L'œdème s'est généralisé. Abdomen très volumineux et douloureux. Dyspnée violente.

La malade meurt le 6 mars.

AUTOPSIE. — Outre les lésions déjà décrites, on trouve non seulement les ganglions inguinaux et iliaques envahis par une substance noire, mais encore tous les ganglions abdominaux et thoraciques ont subi la même altération.

Le foie est rempli de petits noyaux noirâtres ainsi que la rate.

L'examen histologique, pratiqué par M. le Prof. Cornil, démontra que l'on avait affaire à un sarcome mélanique généralisé. Sur des coupes du vagin et des petites lèvres on voyait les papilles remplies de granulations noires qui gorgent aussi les vaisseaux sanguins.

Les autres vaisseaux du tissu conjonctif sont comme infectés par des cellules remplies de granulations.

Les ganglions lymphatiques envahis sont transformés en totalité en une masse sarcomateuse pigmentaire.

Dans le foie, les parties noires sont constituées par des lobules entièrement noircis par des granulations. Les cellules hépatiques contiennent aussi quelques granulations, et les capillaires sont remplis de cellules pigmentaires.

CONCLUSIONS

I. — En résumé, le cancer primitif de la région clitoridienne est une affection rare et s'observe surtout dans la vieillesse.

II. — Ce cancer, semble appartenir dans la grande majorité des cas à la variété épithéliale. Plus rarement, on peut rencontrer le carcinome mélanique, le carcinome encéphaloïde, le squirrhe et le sarcome.

III. — Le cancer du clitoris a des débuts lents et insidieux ; il se révèle généralement au début par des démangeaisons et un léger suintement séro-sanguinolent. Aussi, lorsque ces symptômes se trouveront réunis chez une femme âgée, on devra penser à la possibilité de l'épithélioma clitoridien, et pratiquer un examen attentif de la région vulvaire.

IV. — Le diagnostic de l'épithélioma du clitoris est loin d'être toujours facile, et dans quelques observations nous avons vu que des erreurs avaient été commises. Les affections avec lesquelles le cancer clitoridien peut surtout être confondu sont : l'hypertrophie du clitoris,

le chancre induré, les ulcérations tertiaires de la syphilis, le chancre mou et les ulcérations tuberculeuses.

Nous avons indiqué dans le cours de ce travail, les signes à l'aide desquels l'épithélioma pouvait être distingué de ces diverses affections.

IV. — Dès que le cancer du clitoris sera reconnu, le chirurgien ne devra pas perdre de temps à faire un traitement palliatif illusoire. Toutes les fois que les lésions seront suffisamment limitées pour permettre l'opération, il faut se hâter d'opérer en ayant soin de dépasser largement les limites du mal.

Nous croyons que le thermocautère est l'instrument de choix.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le président de la thèse,

RICHET.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE